

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 497

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure.

Par RAOUL STOPIN

Né à Champdeniers (Deux-Sèvres) le 3 août 1871.

ESSAI

SUR LES

MÉTRORRHAGIES DE LA MÉNOPAUSE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges } MM. GUYON, professeur.
 } BOUILLY et MAYGRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

1898

497

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552228_0041

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure.

Par RAOUL STOPIN

Né à Champdeniers (Deux-Sèvres) le 3 août 1871.

ESSAI

SUR LES

MÉTRORRHAGIES DE LA MÉNOPAUSE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.
BOUILLY et MAYGRIER, agrégés.

Le Candidat répandra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.	{	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		TILLAUX.
	{	BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchements.	{	N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible gage d'amour et de reconnaissance.

A MA SŒUR

Hommage affectueux.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT - PROPOS

Avant de commencer à traiter notre sujet nous tenons, au terme de nos études médicales, à remercier les maîtres auprès desquels nous avons trouvé un bienveillant accueil.

M. Gaucher, dont nous avons eu la bonne fortune de suivre, pendant deux années entières, le service à l'hôpital Saint-Antoine, a bien voulu nous faire profiter de son expérience clinique, nous n'oublierons jamais l'intérêt qu'en toute circonstance il a bien voulu nous témoigner.

M. le professeur Budin a droit à toute notre reconnaissance pour la part qu'il a prise à notre instruction médicale pendant le temps trop court où nous avons pu suivre le service d'obstétrique qu'il dirige avec tant d'autorité, et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous avons suivi régulièrement les très intéressantes consultations de M. Sébilleau, à l'hôpital Cochin, c'est à lui que nous devons ce que nous savons de séméiologie chirurgicale.

Nous prions M. le professeur Jaccoud et M. le docteur Chauflard, dont nous avons écouté longtemps les savantes

leçons cliniques, d'agréer ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

M. le docteur Gérard-Marchant a bien voulu nous donner quelques observations des plus intéressantes pour notre thèse, nous l'en remercions bien sincèrement ainsi que M. le docteur Demoulin, à qui nous devons aussi des faits cliniques dignes d'intérêt.

M. le docteur Olivier Lenoir a droit à tous nos remerciements pour l'obligeance qu'il a mise en nous aidant dans nos recherches.

Le lecteur pourra s'étonner de ne pas trouver au bas de chaque page les notes bibliographiques correspondant aux noms qui y sont cités. Il voudra bien se convaincre, en se reportant à l'index, que les indications y sont données de manière à faciliter toutes recherches.

CHAPITRE I

INTRODUCTION. DÉFINITION

Il est d'observation courante que beaucoup de femmes, vers l'âge de 45 à 50 ans, aux approches de l'âge critique, sont affectées de métrorrhagies, assez profuses parfois, pour mettre leurs jours en danger. Le fait est si bien connu du public lui-même que ces hémorrhagies sont les accidents les plus redoutés parmi tous ceux qui viennent affliger la femme au moment où sa période d'activité génitale finit. Bien souvent, en effet, ces écoulements sanguins sont symptomatiques d'une lésion utérine épithéliomateuse qui enlèvera la malade à brève échéance, Laissant de côté ces métrorrhagies symptomatiques d'une grave lésion organique, nous aurons en vue dans ce très modeste travail, les hémorrhagies survenant sans qu'aucune cause *appréciable au premier abord*, autre que la ménopause, puisse les expliquer. Ce serait donc alors des métrorrhagies essentielles de la ménopause et non des métrites hémorrhagiques qu'il s'agirait? C'est en

effet par la première de ces définitions qu'étaient signalés jadis les troubles qui vont nous occuper.

Si nous avons malgré tout prononcé le mot métrite, c'est qu'en effet, dans certains cas nous le verrons, si la métrorrhagie n'a pas de cause *immédiatement* appréciable, il n'en est pas moins vrai qu'en nous livrant à une investigation patiente, nous pouvons découvrir un passé morbide expliquant les accidents actuels. Dans les quelques cas où rien de semblable ne peut être invoqué nous verrons que des dispositions spéciales de la structure utérine dûes aux progrès de l'âge expliquent les flux sanguins anormaux. A la vérité il ne s'agit pas alors de métrites, le lecteur voudra bien se rendre compte de la difficulté de faire une pareille étude en se basant uniquement sur *l'anatomie pathologique* et nous excuser d'avoir cherché à mettre plutôt en lumière un type clinique. Nous insistions tout à l'heure sur ce fait que les métrorrhagies que nous voulions étudier n'étaient pas symptomatiques de lésions organiques à proprement parler ; comment alors expliquer que nous fassions rentrer certains cas d'hémorrhagies dûes à des fibromes non appréciables à l'examen, mais reconnus après ablation de la matrice ? C'est que, alors que la tuméfaction myomateuse n'étant pas assez avancée pour être diagnostiquée au palper et au toucher, l'écoulement sanguin existe et est important ; ce qui doit nous préoccuper c'est l'état de la muqueuse utérine atteinte de métrite *fibromateuse*.

Nous nous résumons ; dans le cours de ce travail nous aurons en vue : les écoulements sanguins dus à la transformation sénile de l'utérus ou aux modifications qu'ap-

porte l'âge à sa muqueuse ; les métrorrhagies survenant sans cause aiguë appréciable et que la sagacité clinique permet de rattacher à un passé morbide qu'une longue latence empêche de découvrir au premier abord ; enfin les hémorrhagies survenant chez des malades sur lesquelles rien, à *l'examen*, ne permet de soupçonner une lésion organique et qui, en réalité, sont en puissance de transformation fibromateuse.

CHAPITRE II

A. — FRÉQUENCE DES MÉTRORRHAGIES AU MOMENT DE LA MÉNOPAUSE.

Rien n'est plus fréquent que de voir la femme, au moment des dernières ovulations, avoir des pertes sanguines assez considérables pour la plonger, ainsi que son entourage, dans la consternation. Ces hémorrhagies ont même été parfois constatées d'une façon héréditaire. Brierre de Boismont en a noté 57 cas sur 141 femmes observées par lui au moment de l'âge critique. Pour Snequireff de Moscou la ménopause entrerait pour 57 pour 100 dans la production des hémorrhagies. Les anciens gynécologues, vivant à une époque où les maladies étaient facilement qualifiées d'idiopathiques, se livrèrent à toutes sortes de considérations philosophiques sur ces inconvénients qu'ils comparaient à ceux accompagnant l'établissement des règles. C'est ainsi qu'Aran écrit : « L'influence de l'âge critique des congestions hémorrhagipares est un fait probablement de même ordre que la mens-

truation et soumise aux mêmes lois. Mais, il n'en est pas moins difficile de comprendre comment une fonction qui se termine acquiert une nouvelle activité au moment de cesser définitivement, de même que la lampe jette une dernière clarté au moment de s'éteindre. Toujours est-il que l'on rencontre beaucoup de cas de ce genre et que nombre d'hémorrhagies graves n'ont pas d'autre point de départ que la congestion exagérée de la ménopause. »

Nous verrons qu'en réalité les dispositions anatomiques ne manquent pas pour expliquer de pareils accidents et que le cadre des métrorrhagies essentielles de la ménopause est, à l'heure actuelle, singulièrement réduit.

B. — DES CAUSES POUVANT EXPLIQUER LES MÉTRORRHAGIES AU MOMENT DE LA MÉNOPAUSE

Il est bien entendu que nous laissons de côté les hémorrhagies pouvant survenir à titre d'épi-phénomènes au cours d'une métrite aiguë dont, après tout, l'utérus d'une femme âgée est passible comme celui d'une jeune femme ; il est également convenu que nous ne nous préoccupons pas des écoulements sanguins symptomatiques d'une lésion organique appréciable à l'examen.

L'INVOLUTION SÉNILE UTÉRINE, sans qu'il y ait à vrai dire métrite, amène dans la matrice des changements parfois suffisants pour expliquer les métrorrhagies de l'âge de retour. Au point de vue macroscopique, peu de choses à

noter. Chez les vieilles femmes, l'utérus s'atrophie et le col s'efface de plus en plus avec les progrès de l'âge, ce dernier fait n'étant du reste pas constant, car parfois le doigt cheminant à travers un vagin étroit et sclérosé rencontrera un col allongé comme celui d'une vierge mais assez dur pour être inquiétant au point de vue du cancer.

Les changements de structure ont été bien décrits par Tourneur et Hermann : la substance musculaire est plus dure, plus consistante, parfois dans la vieillesse avancée le tissu présente au contraire une laxité et une friabilité remarquables. Les vaisseaux artériels rigides, élargis, offrent des altérations *athéromateuses* très prononcées.

La cavité utérine se rétrécit, parfois il y a adhérence d'un côté à l'autre, surtout dans la région du col. Il peut même y avoir oblitération.

La muqueuse amincie, blanchâtre, à reflets nacrés, présente assez souvent des infiltrations *hémorrhagiques*. Son aspect est celui d'une séreuse, souvent elle présente des petits kystes à contenu transparent. Le tissu du chorion muqueux prend l'aspect de tissu conjonctif adulte, la dimension des éléments cellulaires diminue. Les glandes tendent à disparaître, il y a une véritable *sclérose* de la muqueuse.

Comme le fait justement remarquer Collinet dans sa thèse, les modifications apportées par la sénilité relèvent surtout de l'*artério-sclérose*. Rien d'étonnant par suite à ce que ces vaisseaux à parois dures et cassantes se rompent facilement, dans un tissu où l'élément contractile, élément de solidité, a diminué de quantité par rapport à l'élément conjonctif.

UNE MÉTRITE, LATENTE depuis longtemps, dont le symptôme hémorrhagie se réveille d'une façon bruyante au moment de l'âge critique suffit souvent à expliquer ces phénomènes qui nous occupent.

Cette latence ne doit pas nous étonner, car, comme l'a dit excellemment Trélat, la métrite est une affection chronique, ce sont ses accidents et complications qui sont aigus. L'âge de la métrite est souvent difficile à déterminer. Ce sera, tantôt une métrite d'infection simple (voyez notre observation n° 1), qui aura passé longtemps inaperçue et que viennent exaspérer les ultimes congestions sexuelles, tantôt il s'agira (comme dans nos observations n°s 2 et 3) de métrites postérieures puerpérales silencieuses pendant des années. L'âge, en effet, guérit parfois si peu les métrites que l'on peut en trouver dans une vieillesse avancée (voyez observation n° 1).

LES MODIFICATIONS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE LAISSÉES PAR LES MÉTRITES qu'a subies la femme au cours de sa vie sexuelle sont, d'autre part, suffisantes pour expliquer la formation lente d'un tissu hémorrhagique au premier chef dont la friabilité peut ne se faire sentir qu'au début de la vieillesse. Dans certains cas d'endométrites du corps et du col, observées chez des femmes âgées, Cornil a vu une hypertrophie dans la paroi utérine, due surtout à la nouvelle formation de tissu conjonctif adulte situé entre les faisceaux musculaires.

Le plus souvent alors, les travées fibreuses, examinées à l'œil, offrent une série de points et de linéaments obliques qui ne sont autres que des artérioles épaissies et sclérosées en *dégénérescence athéromateuse*. Si on les

regarde au microscope, on s'assure en effet de l'épaississement assez considérable de la paroi du vaisseau dont les éléments élastiques sont accrus et qui offrent en même temps des cellules en dégénérescence graisseuse. La sclérose du tissu conjonctif s'accroît, en pareil cas, de celle des tuniques artérielles et veineuses.

Voilà bien là des conditions éminemment favorables à l'hémorrhagie. De leur côté, Scanzoni et Wegner ont fait voir que la métrite chronique avait pour résultat de laisser souvent derrière elle une muqueuse énorme, assez vasculaire pour avoir dans certains cas à la coupe absolument l'aspect de *tissu caverneux*.

La MÉTRITE DITE KYSTIQUE du col, avec développement énorme des œufs de Naboth, est une affection qui se montre surtout de quarante à soixante ans et peut expliquer certaines métrorrhagies de cet âge.

La TRANSFORMATION VARIQUEUSE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE a été signalée dans quelques cas par M. Quénu, notre observation n° 4 en est un bel exemple. Elle paraît plus fréquente chez les femmes âgées et mérite à ce titre de nous arrêter. Dans cette curieuse modalité la muqueuse présente une quantité de vaisseaux à parois embryonnaires, faisant parfois saillie, formant quelquefois de véritables *angiomes caverneux*.

La MÉTRITE FIBROMATEUSE doit maintenant nous occuper. Nous avons dit laisser de côté les cas où un fibrome manifeste attire sur lui d'emblée l'attention. Mais le chirurgien exposé à rencontrer, aux environs de la ménopause, certains utérus dont les hémorrhagies incoercibles lui imposent l'exérèse : à l'examen il ne sentait rien d'anormal et cepen-

dant, une fois la pièce entre les mains il s'aperçoit qu'il a affaire à un organe, de dimensions à peu près normales, mais farci de petits fibromes (Voyez observation n° 8) ou même ayant subi, dans son ensemble, la dégénérescence myomateuse (Voyez observation n° 7), sans qu'il y ait de tumeur spécialisée, le tissu morbide faisant partie intégrante de la paroi utérine. Or, dans toute transformation fibromateuse, la muqueuse utérine est altérée, atteinte d'endométrite, gonflée, ramollie, c'est elle qui saigne (Voyez observations n° 7 et n° 8).

Mais cependant, objectera-t-on, l'âge critique arrête en général cette évolution.

Nous répondrons que, pour la doctrine de l'influence heureuse de ménopause soit absolument vraie il convient, comme le fait très justement observer Boiffin, d'ajouter que, dans un nombre notable de cas, la présence de tissus fibromateux dans l'utérus entraîne un retard parfois très grand dans cet arrêt physiologique des fonctions génitales chez la femme. Ce serait une erreur d'affirmer à une de ces malades, arrivée à l'âge ordinaire de la ménopause, qu'elle n'a plus rien à redouter et que tous les phénomènes inquiétants vont s'arrêter. Péan ne fait-il pas remarquer que l'âge auquel les myomes déterminent les accidents les plus fréquents est précisément celui de la ménopause, entre 40 et 50 ans. Lawson-Tait, de son côté, a mis en lumière la façon dont ces tumeurs déterminent souvent un recul de la ménopause. Nous voyons donc que leur histoire est intimement liée à celle des troubles qui nous occupent.

LES MÉTRORRHAGIES ESSENTIELLES de la ménopause sem-

blent donc devoir disparaître de plus en plus des cadres nosologiques : mais il faut cependant savoir que dans quelques rares cas le chirurgien contraint à l'ablation de l'organe par la gravité de l'écoulement sanguin aura sous les yeux une pièce dans laquelle rien, pas même l'involution sénile qui peut être peu avancée de 40 à 50 ans, n'expliquera les accidents ayant déterminé l'intervention. C'est alors que l'on en est réduit, pour rendre logiques les pertes sanguines, à faire intervenir les tendances héréditaires que nous avons déjà mentionnées, l'engorgement et la fluxion utérine provoqués par un afflux du sang vers le petit bassin en relation avec la cessation de la ponte ovarienne et du flux utérin périodique, l'analogie de ces symptômes morbides avec ceux qui surviennent parfois après la castration ovarienne, et même la prédisposition due à ce que l'on appelle vulgairement une forte constitution, un tempérament pléthorique.

Toute cette étiologie est bien vague, principalement dans le dernier point que nous venons de signaler, car il nous semble que les hémorrhagies de la ménopause surviennent aussi souvent, sinon plus fréquemment, sans cause appréciable chez des femmes faibles, chloro-anémiques que chez des sujets de tempérament robuste.

De toute façon, nous pouvons affirmer l'extrême rareté des métrorrhagies de la ménopause dites essentielles. Un tel diagnostic ne sera considéré le plus souvent que comme diagnostic d'attente.

CHAPITRE III

SYMPTOMES. MARCHÉ. COMPLICATIONS. PRONOSTIC.

Ainsi qu'il a été dit, dans les cas dont nous nous occupons, rien de bien important dans le passé génital de la malade n'a été constaté jusqu'au moment où surviennent les pertes sanguines. Tantôt ce sont les règles qui se prolongent, avancent de manière à laisser peu de répit à la patiente, il y a de *véritables ménorrhagies*, tantôt les métrorrhagies surviennent en dehors des époques menstruelles et s'ajoutant à elles deviennent une source de déperditions sanguines considérables. Chez quelques malades l'écoulement menstruel a déjà cessé depuis un certain temps quand surviennent les pertes, la malade et son entourage sachant bien qu'il en est souvent ainsi même à l'état normal, ne s'inquiètent qu'en voyant se succéder et se rapprocher les hémorrhagies.

Ce symptôme capital est accompagné de troubles habituels survenant au moment de l'âge critique, sueurs profuses, bouffées de chaleur, palpitations, vertiges, mais

bientôt la déperdition sanguine amène une telle faiblesse et une telle anémie qu'elle domine la scène et que la malade inquiète se décide à consulter.

C'est qu'en effet de toutes les métrorrhagies celles de la ménopause peuvent être les plus rebelles, le plus tenaces, les plus persistantes; sans régularité, se rapprochant de plus en plus, résistant parfois à tous les moyens de la petite gynécologie, elles deviennent quelquefois assez inquiétantes par leur durée et leur abondance pour déterminer le chirurgien à une intervention radicale (voyez observations 4, 7 et 8).

Il faut savoir que, dans beaucoup de ces cas, l'examen le plus minutieux par le palper, le toucher, le spéculum ne donnera que peu de renseignements utiles. Tantôt l'utérus semblera un peu augmenté de volume, tantôt au contraire tous les organes pelviens paraîtront normaux. C'est donc, généralement dans les métrorrhagies de la ménopause l'étude des causes, tel que nous l'avons faite au précédent chapitre, l'examen soigneux des commémoratifs qui devront guider le praticien dans sa thérapeutique.

Notons aussi que cet état de congestion utérine, joint à la sténose partielle du col souvent réalisée à cet âge et qui crée de la rétention, met la matrice dans les conditions les plus favorables au développement d'une affection secondaire surajoutée. Il faut donc intervenir, activement et énergiquement, nous verrons comment dans un des chapitres suivant.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC.

A. — Nous ne nous occuperons bien entendu, que du diagnostic de la cause de la métrorrhagie, le diagnostic différentiel de cette affection étant des plus simples. Il est évident qu'aucun médecin ne confondra un écoulement sanguin venant de la vulve, du vagin, de l'urèthre ou de la vessie, avec une hémorrhagie matricielle.

Nous nous efforcerons tout d'abord de différencier les hémorrhagies spéciales de la ménopause que nous avons eues en vue et dont nous avons donné la définition, de toutes celles d'autre nature pouvant affecter la femme à cet âge aussi bien qu'à tout autre ; nous examinerons ensuite s'il est possible de distinguer les unes des autres les diverses formes dont l'ensemble est connu sous le nom de métrite hémorrhagique de l'âge critique.

Signalons comme cause d'erreur possible : le simple *rétablissement des règles* après une période d'absence un peu prolongée. Il est en effet infiniment rare de voir

la menstruation cesser d'une façon nette, le plus souvent il y a simplement d'abord perte de la régularité et, s'il peut se produire de la sorte des phases d'aménorrhée, il n'est pas rare de les voir alterner avec des périodes assez abondantes pour confiner à la métrorrhagie.

Nous n'insisterons pas sur les écoulements sanguins utérins, survenant à titre d'épiphénomène, chez une malade atteinte d'une *affection rénale, cardiaque ou hépatique*; en pareille occurrence les symptômes médicaux attirent d'emblée l'attention sur eux, ils expliquent clairement les accidents.

Il en est au reste de même dans les métrorrhagies qui viennent compliquer certaines *maladies infectieuses*, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine; là encore la recherche de la maladie causale n'est ni longue ni difficile.

Un examen attentif du volume de l'utérus, de l'état des seins, de l'état général, permettra d'éliminer les pertes de sang tenant à la grossesse qu'il faut en gynécologie avoir toujours présente à l'esprit, même à l'âge de la ménopause. Sans préjudice des cas où les règles, avant de disparaître, irrégulières et espacées de plusieurs mois, reviennent alors qu'on les croyait disparues et maintiennent à la femme la possibilité de conception; il faut se souvenir que parfois l'ovulation survit à la menstruation.

Le diagnostic causal qui nous arrêtera le plus est celui du *cancer*. L'âge de prédilection de cette terrible maladie n'est-il pas en effet, très approximativement, celui de la ménopause? Il est évident que si l'observateur a affaire à un épithélioma du col bourgeonnant ou ulcéré, s'il s'agit

d'un cancer du corps avec écoulement de liquide roussâtre d'odeur *sui generis*, le diagnostic sera aisé. Mais si, au contraire, il s'agit de la période de début du néoplasme malin, les difficultés pourront être extrêmes : peu d'écoulement, pas d'odeur bien caractérisée, rien au toucher, peu ou pas de modifications de la santé générale, aucun envahissement ganglionnaire appréciable, on conçoit que l'hésitation soit permise. Dans ces cas très douteux, le seul moyen d'arriver à la certitude sera d'abriter avec la curette un lambeau de la muqueuse du corps, un morceau du col pris au point suspect, et d'en faire un examen histologique soigné permettant de décèler les cellules et les bourgeons épithéliomateux s'ils existent. De toute façon, l'idée du cancer devra toujours hanter l'esprit du médecin en présence d'une malade perdant du sang en abondance au moment de la ménopause, alors surtout que la patiente est naturellement portée à attribuer ce symptôme à une persistance ou à un retour de ses écoulements menstruels.

La palpation bi-manuelle, le toucher, le cathétérisme utérin accusant une profondeur très notablement augmentée, les symptômes de compression pelvienne indiqueront qu'il s'agit d'une *tumeur fibreuse*. Nous avons dit, et nous reviendrons tout à l'heure sur ce point, que certains cas de myomatose au début doivent rentrer dans le cadre des métrorrhagies dites de la ménopause au point de vue clinique.

Les métrorrhagies dues aux *lésions annexielles* peuvent se voir aux environs de la ménopause, le toucher des culs-de-sac vaginaux permettra, en décélant ces lé-

sions, de dépister la cause de l'écoulement sanguin. Il en est de même dans les cas d'hématocèle juxta utérine.

Les *métrites aiguës* post partum ou d'infection banale, blennorrhagique ou autre, bien qu'infiniment moins fréquentes, pour des raisons faciles à comprendre, au moment de la ménopause que pendant la période d'activité sexuelle, peuvent cependant atteindre l'utérus à cette période de la vie et être la cause d'hémorrhagies sérieuses ; elles seront décelées par l'étude de leurs symptômes habituels et des commémoratifs.

B. — Il nous reste maintenant à essayer de différencier les unes des autres les affections que nous avons réunies assez arbitrairement ensemble pour en former le type clinique : *Métrorrhagies de la ménopause*.

Nous avons insisté sur ce fait qu'un certain nombre de cas étaient la conséquence de l'exacerbation apportée par la congestion ultime des organes pelviens à une métrite chronique absolument *latente* jusque-là, ou silencieuse depuis de bien longues années. C'est dire que, suivant le conseil de Trélat il faudra, au point de vue causal, faire une étude consciencieuse et approfondie des antécédents de la malade, étude pouvant amener la découverte : soit d'une métrite que la malade croit guérie depuis bien longtemps, soit d'un accident en apparence insignifiant, pertes de sang à la suite d'une fausse couche, leucorrhée, cystite etc., mettant sur la piste de l'infection qui s'est jadis abattue sur l'utérus. On verra, à propos du traitement, que cette recherche est aussi bien intéressante au point de vue thérapeutique qu'au point de vue pathogénique.

Il a déjà été question des cas où l'examen de l'utérus ne permet absolument pas de porter le diagnostic de fibromes et dans lesquelles cependant, au bout de quelques années, l'apparition d'une tumeur myomateuse, développée malgré la ménopause, vient affirmer que dès le début, c'était une muqueuse atteinte de *métrite fibromateuse* qui saignait (voyez observations 5 et 6). Le diagnostic ne pourra bien souvent en pareille circonstance qu'être réservé. Insistons cependant sur ce fait que toujours alors le corps utérin, même s'il n'y perçoit pas de bosselures, est gros et dur et que la profondeur de la cavité utérine est sensiblement augmentée.

Les métrorrhagies de la *métrite variqueuse* sont pour ainsi dire impossibles à diagnostiquer étiologiquement si l'observateur, très habile histologiste, n'en reconnaît pas les lésions en examinant au microscope un fragment de muqueuse enlevé.

Enfin, si toutes ces causes de métrorrhagies ont été successivement écartées, le gynécologue sera bien forcé de conclure, provisoirement tout au moins qu'il se trouve en présence d'une de ces dispositions analysées au début de ce travail résultant de l'*involution sénile utérine*, de l'*artério-sclérose*, de l'*état caverneux de la muqueuse*, toutes conditions propres à la rupture des vaisseaux et à l'établissement de l'écoulement sanguin.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il n'est guère possible d'indiquer d'une façon bien rigoureuse les soins *prophylactiques* à prendre au moment de la ménopause pour éviter, dans la mesure du possible, les métrorrhagies; les causes de ces accidents étant trop variables. Il est cependant de toute évidence qu'une congestion assez violente se produisant, même normalement, vers les organes pelviens au moment où cesse l'ovulation, les soins d'hygiène générale ne devront pas être moins attentifs à ce moment que pendant la période d'activité sexuelle. Le médecin qui connaîtra un passé utérin chez sa cliente la dissuadera de renoncer à ce moment à l'usage des injections vaginales; il se souviendra que l'exercice modéré, l'hydrothérapie sagement comprise sont les meilleurs des décongestionnants. Il combattra la tendance qu'ont certaines femmes à faire, au moment de leur retour d'âge, un abus des purgatifs. Autant, en effet, la constipation est à éviter, autant l'emploi excessif des

purgatifs, surtout drastiques est à redouter, étant donné leur tendance à produire de la congestion pelvienne.

En dehors de ces soins d'hygiène, le chirurgien devra intervenir activement si la répétition et l'abondance des hémorrhagies leur résiste, arrivant à constituer une cause inquiétante d'affaiblissement. Nous nous plaçons, comme nous l'avons fait au cours de ce travail, dans le cas où rien à l'examen ne peut faire soupçonner une lésion organique de la matrice et où le doigt ne rencontre qu'un utérus de consistance et de volume à peu près normaux, avec un col sain et des culs-de-sac bien nets.

C'est par les petits soins de la gynécologie médicale que le praticien devra débiter. Les injections abondantes de deux litres au moins, données dans la position horizontale, répétées deux fois et plus par jour, constituent un des sédatifs les plus puissants des congestions utérines hémorrhagipares. Elles devront être combinées avec le repos absolu pendant les périodes d'écoulement sanguin, appliquées sérieusement pendant l'intervalle ; le lit constituant un décongestionnant de premier ordre.

Si les parois abdominales sont notablement relâchées, on exigera le port d'une ceinture hypogastrique appropriée. La constipation sera sérieusement proscrite. Enfin, si l'état de fortune de la malade le lui permet, le séjour dans certaines stations thermales sera absolument indiqué. Salis de Béarn, en particulier, donne dans de semblables cas les meilleurs résultats.

Bien que nous ne soyons guère partisan des drogues en pareille circonstance, considérant que le bon fonctionnement de l'estomac est la première condition de l'amélior-

ration générale, nous devons rappeler que l'*hydrastis canadensis* et l'*hamémelis virginica* ont été conseillés et employés avec quelque succès. Les préparations arsénicales à l'intérieur pourront rendre des services.

Au cas où l'on aurait été appelé à une période où les hémorrhagies très abondantes ont affaibli la malade au point de la rendre absolument cachectique, il sera indiqué de relever le tonus vasculaire en pratiquant des injections sous-cutanées de sérum (eau stérilisée salée à 5/100) de 20 centimètres cubes, chaque jour ou tous les deux jours, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage.

Mais les hémorrhagies peuvent résister à cette thérapeutique anodine. En pareil cas, la dilatation progressive au moyen de tiges de laminaire maintenues pendant quelque temps pourra donner certains succès. La compression exercée par cette substance en se dilatant, le véritable massage qu'elle effectue sur la muqueuse utérine, donneront dans les cas relevant de l'involution sénile, de l'artério-sclérose et de la métrite angiomateuse que nous avons signalés, quelques beaux résultats. Le sang circule plus librement, il se passe quelque chose d'analogue à l'action produite par la dilatation anale dans le traitement des hémorroïdes.

Concurremment avec la dilatation, il pourra être indiqué de porter, avec une mèche ou un écouvillon, certains topiques sur la muqueuse utérine. Les glycérine créosotée est spécialement recommandée. Depuis peu, M. Labadie-Lagrave se servirait avec succès du liquide résultant de la fusion ex-temporane à sec de parties égales d'antipyrine et de salol.

Sauf dans les cas où il s'agit d'une de ces métrites chroniques absolument latentes, jusqu'à l'époque de la ménopause, le curettage ne donnera que des résultats bien inconstants appliqués aux métrorrhagies de l'âge critique. Il sera toutefois à essayer avant le passage aux moyens radicaux. Son insuccès rejeté, après l'échec de tous les moyens de la petite gynécologie, est pour nous un des meilleurs signes de l'existence d'une de ces affections que nous avons désignées sous le nom de métrites fibromateuses de la ménopause. Nous avons dit que le curettage pouvait être un élément précieux de diagnostic en permettant l'examen microscopique de lambeaux de muqueuse.

Mais, l'hygiène, soins locaux, curettage, tout peut avoir échoué, la malade s'affaiblit de plus en plus et son existence est menacée à brève échéance. Dans ce cas évidemment, l'expectation deviendrait une lourde faute, il faut détruire la cause du mal, pratiquer l'exérèse de la matrice.

L'hystérectomie vaginale, facile généralement en pareil cas, nous paraît devoir être le procédé de choix (voyez observations 4, 7 et 8). On objecte parfois, pour sauvegarder les droits de l'hystérectomie abdominale, l'étroitesse du vagin et sa rigidité chez un certain nombre de femmes à l'âge de la ménopause ; l'argument ne nous paraît pas sérieux étant données les faibles dimensions de l'utérus à enlever. Au besoin, quelques jours avant l'opération, le conduit vaginal serait dilaté à l'aide de ballons de Champetier.

Observation

(Trélat). Antéflexion congénitale. Métrite de tous les âges.
Stérilité. Aggravation après la ménopause.

S... V..., 57 ans, 8 novembre 1886. Réglée difficilement à dix-sept ans ; dès le début, irrégularités, leucorrhées, jamais d'enfants, fausse couche douteuse en 1870. Ménopause à quarante-huit ans, mais continuation de leucorrhées muco-purulentes.

Il y a deux ans, à cinquante-cinq ans, recrudescence des pertes incolores, inodores, et tous les dix jours environ, expulsion de caillots s'accompagnant de douleurs très vives.

Depuis deux ou trois mois, écoulement très abondant, purulent et fétide.

Douleurs irradiées dans les cuisses, les reins, le ventre, exaspérées au moment de la sortie des caillots. En même temps amaigrissement, teint jaune. On pense que la malade est atteinte d'épithélioma de l'utérus.

A l'examen on trouve un col petit, virginal ; la pression en fait sortir un liquide abondant, purulent et très fétide. Antéflexion très marquée, empêchant l'hystéromètre de franchir l'isthme cervical.

Observation 2

Trélat. Endométrite villeuse hémorragique post-puerpérale tardive liée à l'antéflexion acquise.

M... M..., 51-ans, 12 avril 1888. Régée à 18 ans. Mariée à 27 ans. Deux accouchements en 1866 et 1868. Règles régulières, pas de leucorrhée. En janvier 1884, les règles augmentent de durée et se transforment en véritables métrorrhagies. Depuis deux ans pertes considérables tout-à-fait irrégulières. Jamais de douleur. Au moment de son entrée elle perd depuis 34 jours. Antéflexion considérable. Col volumineux rejeté en arrière, l'orifice regardant en avant.

80 millimètres à l'hystéromètre. Ecoulement sanguinolent.

Observation 3

(Trélat. Clinique chirurgicale).

Endométrite hémorragique ancienne post-puerpérale. Rétroflexion. Prolapsus.

M... J..., 50 ans, 28 juin 1888. Cette malade a eu quatre enfants de 21 à 35 ans ; depuis le dernier accouchement elle

souffrait notablement au moment des règles et perdait en blanc.

Depuis dix mois métrorrhagies survenant tous les mois durant dix à douze jours, en même temps douleurs vives nécessitant le repos au lit.

Utérus volumineux mesurant 92 millimètres, rétrofléchi.

Col à peu près normal.

Observation 4

D^r Routier (thèse E. Schmid). Métrite angiomateuse.

La nommée Ber... Marie, âgée de 42 ans, passementière, entre le 29 avril 1896 dans le service de M. le D^r Routier à Necker pour des douleurs dans le ventre et des pertes abondantes.

Les antécédents personnels sont simples, elle n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement et sans douleurs.

Elle a commencé à souffrir du ventre il y a 14 ans. Les douleurs continues avec exacerbations siégeaient surtout dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen et s'irradiaient dans la cuisse du même côté.

Depuis trois ans, ses règles jusque-là très régulières, sont devenues trop abondantes, elles duraient plus longtemps que d'habitude ; puis elles sont devenues plus fréquentes, toutes les trois semaines, tous les 15 jours et ces derniers temps

d'une façon absolument irrégulière, laissant peu de répit à la malade.

A aucun moment, elle n'a fait de fausse couche, ni eu de retard dans ses règles.

A l'examen : l'utérus paraît normal comme volume : on ne constate rien d'anormal du côté des trompes ou des ovaires.

Le toucher est, du reste, rendu difficile par la raideur de la paroi abdominale de la malade.

Au spéculum, le col est conique, son orifice punctiforme, l'hystéromètre ne peut pénétrer dans sa cavité.

20 mai. — Depuis trois semaines que la malade est dans le service, au repos et avec de grandes injections chaudes, les métrorrhagies ont continué ; elle a perdu à quatre reprises différentes et pendant plusieurs jours chaque fois. On pose le diagnostic de « *métrite hémorrhagique* » liée à une altération probablement néoplasique de la muqueuse.

21 mai. — Anesthésie : le toucher ne révèle rien d'anormal du côté des annexes, mais l'utérus paraît gros. L'hystéromètre pénètre de 9 centimètres dans sa cavité et la muqueuse friable saigne à son contact.

Hystérectomie vaginale.

23 mai. — Levée des pinces,

26 mai. — Levée des mèches.

10 juin. — La malade sort guérie.

Examen de la pièce. — L'utérus est gros, sa cavité mesure 9 centimètres, son tissu paraît normal, à la coupe, les prois sont épaisses, mais on ne trouve nulle part trace de fibrome.

La muqueuse est lisse et unie, aucune végétation, aucune fongosité, sa surface paraît normale. Sa coloration est plus rouge qu'à l'ordinaire, et sur un fond rosé foncé se voit un piqueté de points rouge vif très fins.

Les trompes et les ovaires sont sains.

Nous avons prélevé des morceaux de l'utérus sur les deux parois de l'organe, nos coupes ont intéressé à la fois la muqueuse et le muscle.

Les coupes ont été fixées par le sublimé, montées à la paraffine, colorées à l'hématoxyline-éosine.

La muqueuse nous apparaît, à la première vue, d'épaisseur normale.

L'épithélium de revêtement, partout intact, a conservé sa forme habituelle, il est sain. Aucune modification du côté des glandes, leurs culs-de-sac ne sont pas dilatés, leur épithélium ne présente aucune dégénérescence. Elles sont soutenues et séparées par un stroma qui ne présente pas d'infiltration embryonnaire interstitielle.

En revanche, on observe dans toute l'épaisseur de la muqueuse des îlots sanguins facilement reconnaissables. Ils sont très nombreux, beaucoup plus que les glandes. Parmi ces îlots les uns sont collectés dans des canaux, les autres ne présentent aucune paroi d'enveloppe.

A un fort grossissement on constate, immédiatement sous le revêtement épithélial, la présence d'un grand nombre de vaisseaux embryonnaires dont quelques uns sont très dilatés et d'une façon irrégulière. Ils ne sont point entourés d'un anneau fibreux et ils n'ont pour toute paroi qu'un simple revêtement endothélial. La plupart d'entre eux sont gorgés de sang.

Dans la profondeur de la muqueuse, par contre, la plupart

des vaisseaux sont organisés et certains d'entre eux présentent un manchon assez épais de tissu fibreux.

Les globules sanguins peuvent, en outre, faire irruption dans les canaux glandulaires et les remplir complètement. Ce sang semble provenir en partie de la zone vasculaire périglandulaire qui est ici anormalement développée. Enfin dans le tissu interstitiel de la muqueuse et surtout au-dessous d'elle, se voient de nombreux îlots irréguliers de globules sanguins qui ont fait irruption dans le tissu. Il s'agit donc d'une véritable hémorragie interstitielle.

Le tissu musculaire paraît sain, ce n'est que tout près de sa continuation avec la muqueuse que commencent les altérations de sclérose périvasculaire.

En somme, il s'agit dans cette préparation d'une dilatation des vaisseaux de la muqueuse, avec néoformation probable et se rapprochant de la disposition caverneuse. La fragilité des vaisseaux et la tendance aux hémorragies sont indiquées par les extravasations glandulaires et les petits foyers interstitiels.

Observation 5 (inédite).

Pertes sanguines abondantes sans cause appréciable au moment de la ménopause. Constataction ultérieure de fibromes.

Due à l'obligeance de M. le Dr Lenoir.

Mme X..., 52 ans, vient consulter en novembre 1896.

Réglée à 15 ans, régulièrement. Mariée à 22 ans, a eu qua-

tre enfants, le dernier il y a dix-sept ans, pas de fausse couche, pas de passé utérin, pas de maladies graves.

Cette dame a été régulièrement réglée jusqu'à l'âge de 49 ans, à cette époque, pendant une période d'environ une année, ses règles se sont espacées et ne sont revenues que tous les deux ou trois mois. Depuis un an et demi environ, tous les mois, quelquefois deux fois par mois, elle est atteinte d'écoulements sanguins utérins durant quatre, cinq et six jours. Ces pertes l'ont considérablement affaiblie et l'ont décidée à consulter.

A l'examen général, rien à noter du côté des différents appareils. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal montre un col sain, des culs-de-sac libres, un utérus de consistance et de volume normal très légèrement antéfléchi. L'hystéromètre accuse une profondeur de 7 centimètres et ne dénote l'existence d'aucune production morbide dans l'intérieur de la cavité utérine.

Repos, injections sous-cutanées de sérum, préparations arsénicales à l'intérieur, bains salés, saison à Salies-de-Béarn.

A la suite de ce traitement, l'état de la malade s'améliora sensiblement et les pertes sanguines diminuèrent d'abondance.

En janvier 1898, la malade revient consulter se plaignant de pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs intermittentes à la région postérieure de la cuisse gauche.

L'examen montre une tumeur fibreuse, du volume du poing, bossuant la face gauche de l'utérus, un autre myome de la grosseur d'une noix est perceptible sur la face droite. A l'hystérométrie la profondeur de l'utérus est de 9 centimètres.

Observation 6 (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Demoulin, chirurgien des hôpitaux.

Pertes sanguines abondantes sans cause appréciable au moment de la ménopause. Constatation ultérieure de fibromes.

M^{me} X..., 43 ans, maladies antérieures : goitre volumineux, soigné autrefois par injections interstitielles, suppuration de l'oreille droite, réglée à 18 ans, pas de passé utérin, sept enfants, cinq vivants bien portants.

Vue en avril 1897, depuis deux ans règles irrégulières, très abondantes depuis quatre mois. A l'examen, aucun trouble organique appréciable au toucher et au palper. On prescrit seulement des injections chaudes.

Revue en avril 1898. L'utérus semble un peu gros vers la corne droite. Pas d'hystérométrie.

Revue en juin 1898. Sur le côté droit de l'utérus, on sent manifestement un fibrome du volume du poing.

Observation 7 (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Métrite fibromateuse hémorragique de la ménopause. Héc-

morrhagies graves. Pas de fibromes appréciables à l'examen avant l'opération. Hystérectomie vaginale.

M^{me} C..., 50 ans, entre le 3 janvier 1897, salle Richard Wallace, lit n° 7.

Réglée à 13 ans régulièrement, mariée à 19 ans et demi. Sept enfants, le dernier il y a dix-sept ans.

Depuis sept mois, la malade perd plus abondamment au moment de ses règles qui se prolongent pendant 10 à 12 jours ; mais elle ne souffre pas du ventre.

Depuis six semaines surtout, ces hémorrhagies deviennent très abondantes et l'ont mise dans un état d'anémie grave.

Au toucher, col dur et granuleux. Utérus gros, en rétroversion ; rien dans les annexes. Vu l'état grave l'exérèse est décidée.

Hystérectomie vaginale le 7 janvier. Ether. Durée vingt minutes. Hémisection antérieure. Quatre pinces.

L'utérus enlevé est gros, ses parois sont épaisses, la muqueuse est injectée et paraît altérée. Pas de lésions épithéliomateuses.

Au microscope on ne trouve pas de tissu fibromateux mais seulement du myome généralisé. La muqueuse présente des lésions de métrite.

Ablation des pinces le 9.

Suites opératoires très simples.

La malade sort guérie le 26 janvier.

Observation 8 (inédite).

Dûe à l'obligeance de M. le Dr Gérard-Marchant chirurgien
de l'hôpital Tenon.

Métrite hémorrhagique fibromateuse de la ménopause. Utérus bourré de petits fibromes. Métrite kystique du col. Hystérectomie vaginale.

1895. — Mme X..., 44 ans. Pertes abondantes depuis des années. Hémorrhagies ayant beaucoup affaibli la malade.

Ethérisation. Hystérectomie vaginale. Quatre pinces.

Examen. — Utérus gros, 16 centimètres de longueur. Col allongé, parsemé sur toute son étendue de petites bosselures. Le corps utérin ne présente pas de petites tumeurs appréciables à l'œil nu. Cependant, quand on ouvre la cavité utérine et qu'on pratique des coupes dans l'épaisseur du corps utérin, on constate que ce dernier est parsemé d'un très grand nombre de petits fibromes, atteignant parfois le volume d'une petite noisette, touchant par places le péritoine et la muqueuse utérine sans cependant les soulever.

Les petites tumeurs aperçues à l'œil nu dans la région cervicale ne sont pas de même nature ; ce sont de petites poches bien tendues, remplies par un liquide gélatineux.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de simples kystes par rétention (œufs de Naboth).

La muqueuse utérine, malade, hypertrophiée dans la région cervicale, ne présente rien de particulier dans l'étendue du corps utérin.

CONCLUSIONS

I. — L'attention des observateurs a été de tout temps attirée sur la fréquence des métrorrhagies au moment de la ménopause.

II. — En faisant abstraction des hémorrhagies liées aux affections aiguës ou à des lésions organiques manifestes de l'utérus, on se trouve en présence d'un ensemble de faits dans lesquels l'écoulement sanguin semble au premier abord relever uniquement de la congestion ultime qui se produit du côté des organes pelviens au moment de la ménopause.

III. — Avec les progrès de la clinique et de l'anatomie pathologique, le cadre des métrorrhagies dites essentielles, dites de constitution de la ménopause s'est singulièrement resserré; en l'absence en effet de toute lésion appréciable à l'examen, on constate que la plupart d'entre elles se rattachent à une des causes suivantes : altération sénile, athéromateuse, artério-sclérose de la muqueuse, transformations spéciales de la muqueuse utérine affectée jadis de métrite, réveil et exacerbation au moment de la

ménopause de symptômes d'une métrite restée longtemps chronique, transformation angiomateuse de la muqueuse, lésions spéciales dues à un commencement de myomatose inappréciable à l'examen, mais qui devient sensible si la malade revient consulter au bout de quelque temps. Car s'il est vrai en effet que la ménopause a une influence heureuse sur l'évolution des fibromes, il n'en est pas moins notoire que souvent, en revanche, l'évolution fibromateuse peut différer longtemps la cessation des règles.

IV. — Il est bon de noter que les congestions ultimes de la matrice peuvent favoriser jusqu'à un certain point son infection.

V. — Le diagnostic des cas dont se compose le type clinique que nous avons en vue doit être fait d'avec : le simple rétablissement des règles — après absence plus ou moins prolongée, — les métrorrhagies médicales infectieuses, gravidiques, cancéreuses, annexielles et aussi d'avec celles produites par des fibromes appréciables à l'examen.

VI. — En raison précisément de l'absence de renseignements fournis par l'exploration, le diagnostic différentiel des différentes formes que nous avons étudiées sera difficile à faire autrement que par l'examen histologique.

VII. — En l'absence de toute lésion organique, chez toute femme dont les règles présentent une abondance et une fréquence inusitées au moment de la ménopause une

hygiène rigoureuse doit être instituée. La simple gynécologie médicale fournira des ressources précieuses en cas de persistance des symptômes alarmants, en tout cas, elle devra être toujours mise en œuvre avant l'intervention armée. La dilatation pourra être utile, le curettage donne rarement de bons résultats sauf dans les cas où il s'agit de reliquats de métrite chronique. Si le chirurgien est contraint par la gravité des symptômes à l'exérèse de l'organe, l'hystérectomie vaginale nous semble le procédé de choix.

Vu par le Président de la thèse.

BUDIN

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARAN. — Lec. cliniques sur mal. femmes. Paris, 1858-1859.
- BERNUTZ. — Mal. femmes (art. menst. et métror.).
- BRIERRE DE BOISMONT. — De la menstruation. Paris, 1842, p. 223.
- BOIFFIN. — Tumeurs fibreuses utérus. Coll. Charcot Debove.
- COLLINET. — Th. Paris, 1887.
- COURTY. — Dict. encycl. métror.
- CORNIL. — Lec. sur métrites (Journ. ann. méd.), 5 avril 1888.
p. 107.
- DOLÉRIS. — Nouv. arch. obst. et gyn. 1893, p. 193.
- HEZAR et KALTENBACH. — Gynecol.
- JEANNIN. — De l'âge de retour des femmes. Thèse Strasbourg, 1830.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Gynécol. p. 38.
- LAWSON TAIT. — Trait. maladies femmes, 1891, p. 287.
- LEVRAT. — Prov. méd. 17 octobre 1891.
- MAURANGE. — Gyn. hebd. 1895, p. 445.
- NEUVILLE. — De l'âge critique des femmes. Paris, 1840.
- NICOLAS. — Ménorrhagie à l'âge critique. Thèse Strasbourg, 1808.
- PÉAN. — Congr. de chir., 1893.
- POZZI. — Gynécol. clinique, p. 146, p. 173.
- QUÉNU. — Bull. Soc. chirurgie. Paris, 1893. XIX. 613.

RUFFRAY. — Des métrites. Thèse Paris, 1895.

SCANZONI. — Métrit. chron. 1858.

SCHMID. — Métrit. hémorrh. Thèse Paris, 1896.

DE SINÉTY. — Gynécol.

SIREDEY. — N. dict. méd. et chir. métror.

STOLTZ. — N. dict. de med. et chir. Menorrh.

TOURNEUX et HERMANN. — Dict. encycl. art. utérus.

TRÉLAT. — Cliniq. chirurg. t. II, p. 473 et suiv.



